**BILAN DE SANTE**

Date  :

**NOM  :**

Prénom :

**Date de naissance**: Age :

**N° de portable :**

**Adresse e-mail :**

**Poids**  : **Tension artérielle :**

**Médecin :**

**Thérapeute :**

**Environnement professionnel :**

**Motifs de consultation** :

**Tempéraments :**

Lympathique sanguin nerveux bilieux

Je ne sais pas